UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER **N° 108**

FACULTÉ DE MEDECINE

/10

PTOSES VISCÉRALES

Gastroptose, Duodénoptose, Entéroptose

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1913

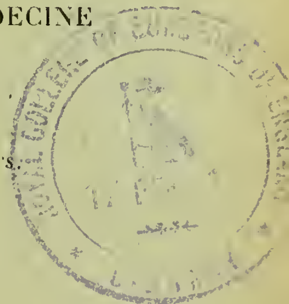
PAR

Albert PELLOTIER

Né à Villeneuve-les-Maguelone, le 7 Avril 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	RAUZIER, professeur, *Président.*	
	VIRES, professeur.	*Assesseurs.*
	GALAVIELLE, agrégé.	*Assesseurs.*
	LEENHARDT, agrégé.	*Assesseurs.*



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

PTOSES VISCÉRALES

GASTROPTOSE, DUODÉNOPTOSE, ENTÉROPTOSE

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER **N° 108**

FACULTÉ DE MÉDECINE

/10

PTOSES VISCÉRALES

Gastroptose, Duodénoptose, Entéroptose

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1913

PAR

Albert PELLOTIER

Né à Villeneuve-les-Maguelone, le 7 Avril 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

RAUZIER, professeur, *Président*.
VIRES, professeur.
GALAVIELLE, agrégé. — *Assesseurs*.
LEENHARDT, agrégé.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✻)	Doyen
	SARDA	Assesseur
	IZARD	Secrétaire

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O. ✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LEENHARDT	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIERE
GRYNFELTT Ed.	CABANNES	LECERCLE
LAGRIFFOUL	DELMAS (Paul).	LISBONNE, ch. des f.

Examinateurs de la Thèse

MM. RAUZIER, professeur, *prés.*	MM. GALAVIELLE, *agrégé.*
VIRES, *prof.*	LEENHARDT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MERE

A LA MÉMOIRE DE MARTHE CHAFFURIN

Arrachée à ma tendresse à la veille d'une union qui devait être pour moi la plus douce récompense de mes efforts.

A MON PÈRE

Hommage d'infinie reconnaissance et de profonde affection.

A MES SŒURS

Hommage de ma grande affection.

A MA TANTE

Hommage de mon affection et de ma profonde reconnaissance.

A MES AMIS

A. PELLOTIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A Monsieur le Professeur-Agrégé GALAVIELLE

A Monsieur le Professeur-Agrégé LEENHARDT

A MES MAITRES

A. PELLOTIER.

AVANT-PROPOS

Les événements douloureux qui sont venus assombrir les dernières semaines de notre vie d'étudiant et briser un rêve tendrement carressé nous empêchent de goûter aujourd'hui la satisfaction d'un but longtemps poursuivi et enfin atteint.

Notre douleur ne doit cependant pas nous empêcher d'exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui se sont intéressés à nos études, à nos efforts, et qui ont contribué à nos succès.

Que notre père, guide éclairé de nos études médicales, trouve ici l'expression de notre immense reconnaissance.

Nous adressons aussi nos sentiments de profonde gratitude à notre tante, maîtresse sage-femme de la Maternité de Tours, qui, après avoir entouré de tendresse nos plus jeunes années, nous donna plus tard nos premières notions dans l'art des accouchements.

Nous remercions nos premiers maîtres, les professeurs de l'Ecole de Tours, dont nous garderons toujours le meilleur souvenir.

Nous sommes venu compléter notre éducation médicale à la Faculté de Médecine de Montpellier ; les profes-

seurs nous ont accueilli avec la plus grande bienveillance et nous leur sommes roconnaissant de leur savant enseignement.

Que M. le professeur Rauzier, qui nous fait l'honneur de présider la soutenance de cette thèse, reçoive nos respectueux hommages et l'assurance de notre gratitude.



PTOSES VISCÉRALES

GASTROPTOSE, DUODÉNOPTOSE, ENTÉROPTOSE

ETUDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Suivant la définition de Glénard, qui a consacré toute une série de travaux à cette question, et qui a isolé le *premier* un état morbide caractérisé par l'ensemble de cette *dislocation*, nous dirons : « Les ptoses viscérales sont caractérisées par l'état d'abaissement des organes abdominaux, sains d'ailleurs, au-dessous de leur siège normal et dans le sens de la pesanteur, par défaut de leur moyen de suspension dans l'abdomen ».

Donc, dans ces conditions, l'équilibre abdominal normal se trouve détruit, anatomiquement tout au moins, et ce trouble anatomique s'accompagne toujours d'un déséquilibre dans les fonctions physiologiques de l'organe ptosé. Par suite la ptose modifie non seulement l'état statique des organes mais encore les trouble dans leurs fonctions propres.

Quelques-uns des individus porteurs d'une ptose viscérale n'accusent cependant aucune sensation désagréable, aucun symptôme relevant de cet état. Par contre, la plupart viennent trouver toute une série de grands consultants et leur raconter lamentablement leur vie de misère. Ces derniers, de beaucoup les plus nombreux font partie de toute cette classe de malades dénommés à si juste titre les « déséquilibrés du ventre », à tendances neurasthéniques ou hypocondriaques, si bien étudiés dans les ouvrages de Glénard, Monteuuis et Trastour, auxquels nous renvoyons le lecteur qui voudrait avoir sur cette question des détails plus complets.

Dans l'abdomen, se trouve toute une série d'organes fort dissemblables et appartenant à des appareils bien différents. Là sont logés l'appareil urogénital, l'appareil digestif et les glandes qui lui sont annexées. Le déséquilibre statique peut porter soit sur un de ces appareils, soit sur l'ensemble des viscères de la cavité abdominale.

Le premier cas peut nous donner la nephroptase, l'hepatoptose, la gastroptose, la duodénoptose, l'entéroptose, avec toutes les variantes telles que cœcoptose, coloptose, etc... Dans le deuxième il existe une panoptose ; ainsi que le nom l'indique le déséquilibre est complet, aucun organe n'est en position normale.

Dans le travail que nous avons entrepris, nous n'avons pas la prétention d'étudier toutes les ptoses viscérales, nous nous sommes simplement donné la tâche de venir apporter une faible contribution à l'étude des plus fréquentes d'entre elles, nous avons parlé des ptoses de l'appareil digestif proprement dit, la gastroptose et l'entéroptose, celle-ci comprenant la duodénoptose et l'entéroptose.

HISTORIQUE

La bibliographie de la gastroptose et de l'entéroptose est déjà très riche. Il semblerait que ce soit le Dr Schatz de Rostock, qui se soit le premier occupé de cette question. Mais si ce dernier a bien vu que les ptoses viscérales pouvaient exister, il est démontré, à l'heure actuelle, qu'il était parti d'une fausse conception pathogénique de leur déplacement.

Les organes abdominaux, dit-il, sont évidemment fixés d'une façon assez défectueuse, mais ils le sont suffisamment en vertu du principe suivant : « Si l'on prend une sphère dont la moitié a un poids spécifique moindre que l'autre, et dont la partie dense doit être placée dans la partie supérieure d'un espace clos, il faut ou bien fixer cette partie plus dense en haut, ou bien fixer la partie la plus légère en bas. Il en est de même pour les viscères de l'abdomen ; si la nature n'a fixé en haut les organes spécifiquement plus lourds que très insuffisamment, elle a par contre fixé en bas les intestins plus légers à l'aide du mésentère, et ces organes ne pouvant se déplacer en haut et occupant la partie inférieure de la cavité, les autres plus lourds ne peuvent descendre. »

Actuellement la conception de Schatz n'est plus admise, et cela grâce à une série de très nombreux travaux parus sur la question et dus souvent à des maîtres éminents. La plupart nous devons le reconnaître ont été faits en France,

mais nous n'aurions garde d'oublier les recherches faites aussi à l'étranger.

Nous pouvons citer parmi les études les plus importantes celles de Cruveilhier, de Kussmaul, les recherches de Bouveret, Hayem, Gueniot, Sigaud et Vincent, Trastour, Monteuuis, Séréol, Grasset, Guyon, de Sanctis, Auvard, Mathieu, Dujardin-Baumetz, Blocq, Detrem. En Suisse : Roux, de Lausanne. A l'étranger : Herz, Ewald, Keistz, Einhorn, Hufschmidt, Cseri, etc.

Mais c'est surtout aux divers mémoires de Glénard, aujourd'hui universellement connus et appréciés qu'il faut arriver pour avoir une idée précise des désordres complexes que peut engendrer le trouble statique intra-abdominal.

En somme, avant 1885, quelques auteurs citent comme curiosités anatomiques des cas de situation anormale de viscères abdominaux due à des malformations congénitales. Poirier relate ces cas dans son traité d'anatomie.

En 1885, Glénard constate certaines anomalies de la position et de la configuration du duodénum sur le cadavre, et met l'étude des diverses ptoses au point d'une façon des plus complètes dans son ouvrage intitulé : Les Ptoses viscérales, et paru en 1899.

De nos jours la question des gastroptoses et des entéroptoses dont la pathogénie semble relever de causes multiples, et qui par suite présente encore quelques points difficiles à mettre en lumière, a pris une place importante dans la pathologie, mais cela grâce surtout aux radiologues.

La radioscopie a montré que l'estomac avait une direction verticale, le segment juxta-pylorique seul était transversal, qu'il était presque tout entier contenu dans l'hy-

pocondre gauche, et que son point le plus déclive ne devait pas descendre plus bas que les crêtes iliaques.

Les examens radiologiques en série pratiqués sur de nombreux tubes digestifs ont permis de découvrir des ptoses ignorées (Holknecht, Chilaïditi), ptoses du duodénum), et souvent de confirmer un diagnostic hésitant. Enfin, grand avantage ils ont permis d'instituer un vrai traitement rationnel, ce qui était chose rare pour ne pas dire impossible, quand il n'était pas encore permis au médecin de « voir » les troubles de statique que les moyens d'investigation ordinaire ne sauraient mettre en lumière.

DESCRIPTION ANATOMIQUE

1. Gastroptose

C'est là, ainsi que l'a dit Glénard, une anomalie de situation de l'estomac abaissé totalement ou partiellement. En effet, le mot gastroptose n'implique pas toujours un changement de situation de la totalité de l'estomac. La grosse tubérosité est suspendue au diaphragme par le ligament gastro-phrénique, le cardia, et les épiploons gastro-hépatique, gastro-colique et gastro-splénique.

La région inférieure ou pylorique est plus mobile. Elle est simplement reliée au duodénum, dont la première partie est extrêmement mobile.

Ptoses partielles. — Soupault a défini ces ptoses partielles : une déformation de cet organe, consistant en un changement de direction de sa partie inférieure. Cette partie inférieure forme en quelque sorte le troisième segment gastrique, normalement horizontal ou légèrement ascendant ou descendant vers la droite et ne formant à l'état de vacuité qu'une simple cavité virtuelle. Supérieurement il n'y a rien de changé le cardia est toujours au niveau de la 11e vertèbre dorsale, la grosse tubérosité est toujours en place et ne présente pas de déformation. Mais la forme totale est modifiée.

La grande courbure est plus fortement accentuée. Le

pylore est fortement abaissé et peut quelquefois se trouver au niveau du promontoire. Normalement le pylore est le point le plus déclive de l'estomac vide ; à l'état de réplétion il n'existe qu'un petit cul-de-sac prépylorique dont la faible profondeur est en tous points favorable à l'évacuation facile et rapide. Dans le cas qui nous occupe ce bas-fond sera toujours abaissé, mais dans des proportions plus ou moins considérables. Dans les cas légers l'évacuation des aliments sera simplement retardée et plus ou moins pénible dans d'autres cas, lors de ptose avec dilatation, ce bas-fond s'allongera démesurément et on assistera à tous les phénomènes engendrés par la stase.

Ptose totale. — Tout l'estomac est abaissé en bloc c'est la dislocation horizontale de Vauthrin. C'est la gastroptose caratéristique de Soupault. Comme précédemment il y a abaissement du niveau inférieur de l'estomac, mais d'après certains auteurs, le cardia qui dans la dislocation verticale ou ptose partielle reste fixé au niveau de la onzième dorsale, le cardia disons-nous est ici abaissé. La portion thoracique est considérablement réduite, et le diaphragme abaissé et aplati dans sa partie externe.

C'est d'ailleurs l'abaissement en bloc qui permet de différencier la stase de la dilatation simple. Les estomacs simplement dilatés, si considérable que soit leur allongement, si compromise que soit leur tonicité, ont leur pôle supérieur en contact avec le diaphragme. Le dôme de leur *chambre à air* se moule dans la concavité de ce muscle. La ptose totale semble cependant être assez rare puisque Leven dans le cours de ces dix dernières années n'a observé que cinq fois des estomacs dont le pôle supérieur avait perdu le contact diaphragmatique.

II. Duodenoptose

Le duodénum se déplace souvent et d'une façon considérable Glénard avant la méthode radiologique avait soupçonné l'existence possible de ptoses de cet organe.

Chez le sujet normal la partie inférieure de l'estomac ne descend pas au-dessous des crêtes iliaques c'est-à-dire à deux travers de doigt environ de l'ombilic. Le duodénum y compris l'angle duodéno-jéjunal ne doit pas descendre au-dessous de cette même ligne. Dans les cas de ptose gastrique l'estomac peut entraîner le duodénum sauf son angle duodéno-jéjunal. Mais dans certaines autres conditions l'estomac n'était nullement ptosé, par suite le bulbe duodénal ne l'étant pas davantage, il se peut que les autres portions tombent plus ou moins bas au-dessous de la limite sus-ombilicale.

Nous voyons donc que la duodénoptose se rencontre très fréquemment avec la ptose gastrique et plus spécialement avec la pyloroptose et dans ces conditions, au point de vue anatomique pur nous pouvons avoir deux types différents.

Dans le premier type, les portions duodénales moyenne et inférieure restent en place, seule la première portion est ptosée, c'est la ptose partielle du duodénum.

Dans le second type la pyloroptose s'accompagne de la ptose de l'angle sous-hépatique et de la portion moyenne du duodénum c'est la ptose totale.

Bien souvent, ces deux types se combinent, Chilaïditi sur 103 cas observés a trouvé 15 °/₀ des cas du premier type, 32 °/₀ du second et dans 48 °/₀ on avait une ptose mixte. Enfin les 5 °/₀ qui restaient comprenaient des cas atypiques.

Ptose partielle. — Une partie du duodénum reste en place c'est le sommet de l'angle sous-hépatique fixé au niveau de la 1re lombaire. Comme d'autre part le pylore peut se trouver au niveau de la 4e ou de la 5e lombaire, la 1re et la 2e portion sont devenues parallèles, le bulbe s'allonge considérablement et devient atonique. Par suite de l'allongement ainsi occasionné l'angle sous-hépatique tend à se fermer. Le chyme s'accumule dans le bulbe ; les contractions bulbaires toniques sont affaiblies et de plus le bulbe a à lutter contre le poids des matières. Les aliments y séjournant plus que de coutume ne peuvent être alcalinisés par la bile et le pylore reste clos. Les glandes de Brunner suppléent à ce manque d'alcalinisation biliaire et finalement les aliments passent.

Ptose totale. — D'après Chilaïditi, il faut envisager deux types :

1° La portion inférieure du duodénum, exception faite de la région immédiatement voisine de l'angle duodéno-jejunal participe au même degré à la ptose générale ;

2° La portion inférieure reste au contraire à peu près fixe, les autres s'abaissent.

Dans le premier cas, la mobilité du duodénum est aussi importante que sa ptose et dans ces conditions, il y aura en même temps ptose du pancréas ou tout au moins de sa tête.

La ptose totale amène moins de perturbation que la ptose partielle. Aucun angle n'empêche l'arrivée du chyme sur les sécrétions biliaires, l'alcalinisation peut se faire.

III. Entéroptose.

L'entéroptose est caractérisée anatomiquement par l'abaissement de l'intestin. Le plus souvent cet abaissement se produit en masse et si au début, il se peut que l'entéroptose existe seule, il n'est pas rare de voir plus tard s'y associer de la splanchnoptose.

En somme tous ces déplacements d'organes font partie d'une maladie plus vaste, la maladie des ptoses viscérales dont ils constituent un des éléments les plus fréquemment constatés et quoiqu'elles existent à l'état isolé, on ne peut pas passer sous silence les déplacements des autres organes qui pourront les accompagner.

Le foie peut être abaissé, basculé en avant, déformé, son bord antérieur formant une languette qui peut descendre jusqu'au niveau de l'épine iliaque.

Le rein, le plus souvent le rein droit et la rate, mais celle-ci plus exceptionnellement peuvent être déplacés.

On trouve également signalées les déviations de l'utérus et son prolapsus.

De tous les organes abdominaux le colon, surtout le colon transverse est celui dont les déplacements concurremment à ceux de l'estomac et du duodénum sont les plus fréquents. Cette fréquence expliquerait le rôle de premier plan que Glénard attribuait au colon, quand il voyait dans les déplacements de celui-ci la cause primordiale de l'abaissement du rein droit de l'estomac et du foie.

PATHOGÉNIE ET ETIOLOGIE

Les organes abdominaux sont soumis d'une part à la pression abdominale constituée par le diaphragme et par le poids des organes eux-mêmes d'autre part à la résistance constituée par la paroi abdominale, le plancher pelvien et les ligaments supérieurs. Ces deux forces de sens contraire chez l'individu normal s'équilibrent. Donc le facteur quelqu'il soit qui à un moment donné troublera cet équilibre pourra être une cause de ptose.

Les ptoses viscérales pourront ainsi relever, soît d'une augmentation de la pression abdominale (augmentation de poids, traumatisme, corset), soit d'une diminution de la résistance (relâchement de la paroi et du plancher pelvien, relachement des ligaments suspenseurs, atonie de l'organe. Notons enfin que nous pouvons avoir des ptoses congénitales.

I. Gastroptose.

Ptoses congénitales. — Dans ces conditions d'après Gayet et Rougeux, il y aurait eu au cours du développement arrêt dans l'orientation et la rotation de l'estomac primitif. Mais la grande majorité des ptoses de l'estomac peut être considérée comme la résultante de l'atonie de ses parois. D'après Stiller, cette atonie gastrique peut elle même être congénitale, c'est alors la manifesta-

tion d'une dystrophie des tissus selon la conception de Bouchard et Le Gendre. Atonie et ptose ainsi observées sont presque toujours accompagnées de dilatation.

Par un traitement général approprié, on peut quelques fois rendre à la fibre musculaire gastrique sa tonicité normale, mais s'il survient une maladie infectieuse, les troubles gastriques s'exagèrent, l'atonie gastrique est complète, la ptose s'accuse bientôt après la dilatation, les divers facteurs retentissent les uns sur les autres, aggravent l'état général par un cercle vicieux si fréquent en pathologie intestinale.

Les causes mécaniques, les grossesses, le corset peuvent servir de causes adjuvantes chez des sujets plus âgés, mais le mécanisme est le même.

En somme l'atonie est à la base de presque toute ptose gastrique.

Ptoses acquises. — Ici aussi nous retrouvons en première ligne l'atonie gastrique (Stiller). En plus, nous pouvons retrouver toujours d'après le même auteur quelques conditions prédisposantes telles que thorax étroit, angle typhoïdien très aigu et aussi la « *decima fluctuans* » mais ces conditions prédisposantes sont rarement réalisées.

Théorie de Glénard. — Toute ptose serait due à la diminution de la tension intra-abdominale diminution de tension qui viendrait de la réduction du calibre de l'intestin (cœcum et colon surtout).

Constriction par le corset. — Signalée par Cruveilher, incriminée par Bouveret et Chapotot et par Hayem, cette constriction peut être sus-hépatique, hépatique ou sous-

hépatique. Généralement la dernière va sans ptose viscérale dans la sus-hépatique l'estomac basculerait et prendrait une position purement verticale; dans la deuxième (constriction hépatique) le pylore pris entre le foie et la colonne vertébrale subirait une occlusion mécanique avec consécutivement dilatation de l'antre et troubles consécutifs de la statique.

Fonte du tissu cellulo-adipeux. — Par amaigrissement rapide, cela pourrait être rapproché de la diminution de la tension intra-abdominale invoquée par Glénard.

Prédisposition individuelle. — Qui d'après Mathieu serait la névropathie préalable contrairement à Glénard qui lui pensaît que le syndrome névropathique était secondaire à la ptose.

Relâchement de la paroi. — Le type en est réalisé par la grossesse et surtout par les grossesses repétées ou par le développement d'un gros épanchement ascitique ou d'une grosse tumeur abdominale.

Tous les ptosiques ont la paroi flasque et amincie et cette paroi n'exerce plus par suite une pression suffisante sur le tube digestif, elle n'est plus capable de résister à l'action de la pesanteur et ne peut maintenir les viscères en place. Cependant il semble que ce relâchement de la paroi ne suffit pas à lui seul à expliquer la ptose et *Sigaud* se base pour soutenir cette opinion sur ce fait que la plupart des gens ayant une ptose marquée de l'appareil digestif se trouvent généralement mal de la ceinture élastique. (Ici il semblerait qu'on doive en incriminer plus le mode de contention que la contention elle-même).

En somme en première ligne atonie gastrique qui peuà

peu s'accompagne de ptose et par cela même entraîne la dilatation peut être par coudure du canal pylaro duodénal. (Voir considérations anatomiques : gastroptose et duodénoptose). Donc la dilatation est nettement dans ces conditions secondaire à la ptose. Mais M. Enriquez a montré que si l'ectasie gastrique est fréquente chez les ptosés il faut cependant distinguer :

1° Des ptoses avec atonie sans dilatation.

2° Des ptoses avec atonie et dilatation.

Le pronostic des ptoses avec dilatation est plus sérieux que celui des ptoses sans dilatation car par une manœuvre facile à comprendre la dilatation entraîne la ptose de plus en plus.

La dilatation gastrique observée à la suite d'opérations abdominales ou d'accouchements est plus une dilatation qu'une ptose. La guérison est obtenue par la position ventrale des malades. Nous n'en parlerons pas davantage.

Duodénoptose

D'après Glénard : « L'appareil digestif est relevé de distance en distance par des moyens de suspension qui le partagent en guirlandes. Celles-ci désignées sous le nom d'anses digestives sont au nombre de six, l'anse gastrique, l'anse duodénale, l'anse iléo-colique, la première anse tranverse, la deuxième anse transverse, l'anse colosigmoïdale.

« Les points de suspension intermédiaires de ces anses sont au nombre de cinq ; ils correspondent aux points de communication d'une anse avec l'anse contiguë par conséquent à un orifice du canal digestif. Il y a donc cinq ori-

tices : l'orifice gastro-duodénal, l'orifice duodéno jéjunal, l'orifice colique sous-costal droit, l'orifice inter-transverse, l'orifice colique sous-costal gauche ».

Ptose partielle. — L'angle duodéno-jéjunal est un des points fixes de l'intestin, mais Glénard a omis la fixité de l'angle sous-hépatique. Pylore et bulbe duodénal mobiles chez le sujet normal sont donc solidaires de l'estomac et par suite la ptose gastrique peut entraîner la ptose partielle du duodénum, par suite la ptose du duodénum aggrave et complique la ptose gastrique. Mais la cause initiale vient de l'estomac ; si, en effet le pylore est normal et si l'angle sous-hépatique est fixe, la ptose partielle du duodénum est impossible. De même il est impossible de concevoir une ptose gastrique sans allongement de la première portion du duodénum, c'est-à-dire de duodénoptose partielle.

Donc l'étiologie et la pathogénie de la duodénoptose se confondent avec celles de la gastroptose. La duodénoptose partielle sera plus fréquente chez la femme par suite des grossesses, du port du corset, etc.

Dans la ptose totale les ligaments péritonéaux sont normalement longs, l'accolement du duodénum ne s'est pas fait et tout l'organe est mobile jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal. L'angle sous-hépatique est plus bas que ce dernier. C'est presque une malformation congénitale ou en tout cas une persistance de l'état embryonnaire. C'est plutôt un duodénum mobile qu'un duodénum ptosé.

Enteroptose

Pour Glénard il y aurait entéroptose primitive et entéroptose secondaire, la premiere relevant de toutes les

causes capables d'entraîner une ecptopie viscérale, sur laquelle nous n'insisterons pas.

La seconde devrait être considérée comme une maladie de la nutrition dépendant d'une affection du foie de l'hépatisme entraînant à sa suite la sténose du colon, puis l'entéroptose.

Pour Mathieu cette théorie est trop compréhensive ; or il n'est pas démontré que les phénomènes purement fonctionnels signalés par Glénard doivent être toujours suivis des troubles de la statique abdominale qui constituent l'entéroptose. Nombre de malades se plaignent de troubles fonctionnels analogues sans avoir de splanchnoptoses et au contraire nombre de porteurs de splanchnoptoses ne les présentent pas.

De même on ne saurait superposer comme le veut Glénard, entérospasme et entéroptose ; car dans le spasme l'intégrité du ligament pyloro-colique semble entière. D'ailleurs Mauclaire et Mouchet nient la solidarité établie par Glénard entre l'estomac et l'angle du colon.

En somme avec Sigaud, Vincent, Mathieu, il semble que l'entéroptose entre dans les multiples troubles fonctionnels accusant le déséquilibre moteur sensitif sécrétoire et trophique du tube digestif et à ce titre rentre dans le cadre de l'atonie digestive.

Des périodes de relachement, chez certains atones peuvent alterner avec des périodes de spasme. Sous l'influence de l'atonie ou du spasme et sous l'influence des troubles de la nutrition générale, les appareils ligamenteux de sustentation deviennent insuffisants, se laissent distendre et ici de nouveau, la gêne mécanique résultant de cette distension exagère les troubles même qui lui avaient donné naissance.

Ainsi donc quelle que soit la ptose envisagée, se trouvent ébranlés les divers systèmes de la vie organique et compromise la nutrition toute entière. L'entéro-spasme, les phénomènes d'hyperesthésie intestinale ou gastrique, les perversions des sécrétions digestives. les troubles psychiques et nerveux sont les conséquences fréquentes et fatales des irritations qui en résultent et qui portent sur les plexus ganglionnaires sympathiques intra et extra pariétaux, pré-vertébraux, etc.

SIGNES CLINIQUES DES PTOSES

Les ptoses gastriques duodénales ou intestinales peuvent rester latentes et ne se traduire par aucun signe fonctionnel ; le plus souvent cette parfaite tolérance ne s'observe que grâce à un système nerveux résistant et une paroi abdominale normale. La latence de ces ptoses durera ainsi jusqu'à ce qu'un examen radioscopique vienne les déceler ou jusqu'au moment où une cause adjuvante aiguë ou chronique les révélera. Le déséquilibre général permettra au sujet de se rendre mieux compte du déséquilibre abdominal qui jusqu'alors était passé complètement inaperçu et les tiraillements exercés par les viscères sur leurs ligaments se traduiront par la production de réactions secondaires et en particulier de spasmes réflexes.

Une fois les signes fonctionnels des ptoses installés et décelés cliniquement ils pourront évoluer d'une façon plus ou moins bizarre. Sous l'influence d'un surmenage la motilité gastrique ou intestinale pourra à un moment donné être plus troublée et l'atonie des appareils ptosés devenir plus grande. Dans ces conditions on se trouvera en présence de périodes d'activité symptomatiques intermittentes. Cette cause qui jouera en quelque sorte un rôle de déclanchement sera quelquefois insignifiante et pourra être sous la dépendance de la qualité ou de la quantité des liquides ou des solides ingérés.

L'état nerveux dans la production de tous ces troubles fonctionnels jouera le plus grand rôle, et les viscères ptosés reprendront souvent leurs fonctions tout à fait normales quand le tonisme général de l'individu sera amélioré. Les neurasthéniques, les convalescents les inanitiés nous en offriront de bons exemples et il sera très facile de se rendre compte que les viscères subissent tous, sous ces conditions, les oscillations de l'état général.

D'autres fois l'état symptomatique fonctionnel qui relève de la ptose deviendra permanent et les signes fonctionnels seront alors des signes locaux ou des signes généraux, dyspeptiques dans le premier cas, névropathiques dans le second. Les uns pouvant dominer les autres d'autres fois au contraire, tous deux évoluant ensemble.

I. Gastroptose

A. *Signes fonctionnels*

Signes locaux. — Ils sont évidemment dus aux modifications de la situation abdominale de l'estomac et aux modifications de sa contractilité et de sa motricité. Aprês les repas, sensations de douleurs épigastriques plus ou moins pénibles, quelques fois même véritables douleurs avec ballonnement, éructations, pyrosis.

Plus tard lorsque la ptose se sera accompagnée de dilatation, il y aura retard plus ou moins marqué dans l'évacuation gastrique, crampes à l'épigastre et véritables coliques abdominales.

Les vomissements lorsqu'ils surviendront seront alimentaires ou bilieux (par suite de la coudure duodénale (Vauthrin et Weill). Il y aura anorexie ou au contraire bou-

limie, mais la plupart des malades auront une tendance toute naturelle à réduire leur alimentation le plus possible.

Le tout ira avec de la constipation et quelques fois le syndrome de l'entéro-colite muco membraneuse.

Ajoutons que la station debout et la marche augmenteront l'acuité des phénomènes douloureux et qu'au contraire la station allongée la diminuera et pourra même la faire disparaître.

Signes généraux. — Surtout une tendance neurasthénique assez marquée avec fatigue rapide, céphalée, rachialgie, inaptitude au travail, insomnie, phobies, idées noires. Cet état général mauvais relève pour certains de l'état d'inanition parfois marquée qu'il nous reste à signaler. L'inanitionest duc soit à la restriction volontaire des aliments, soit encore et surtout aux diverses fermentations intestinales qui se produiront fatalement par suite de la stase ou de l'atonie, dans les organes ainsi lésés. L'inanition peut même être marquée au point de donner l'illusion d'une vraie cachexie simulant la cachexie cancéreuse.

B. *Signes physiques*

Inspection. Elle doit être pratiquée le sujet étant couché et sur le sujet debout. Trois catégories de cas peuvent se présenter.

1° L'abdomen ne présente rien d'anormal.

2° L'abdomen au lieu d'être proéminent et flasque, se trouve excavé.

3° Le ventre est le ventre ptosique habituel, flasque, étalé, ballottant, avec vergetures nombreuses, surtout

chez la femme, revêtant parfois l'aspect en sablier par suite de la présence d'un enfoncement sous-sternal plus ou moins nét et formant par suite un véritable « petit bedon sous-ombilical (Mathieu). Cette déformation s'accompagne souvent de laparoptose (Glénard) et d'éventration pouvant être bien mises en évidence par la station debout.

En somme, dans ces conditions l'abdomen est surtout évasé et cet évasement contraste au contraire avec un thorax rétréci et allongé dont l'angle xyhoïdien est plus ou moins diminué et qui peut présenter des traces de déformation due au corset.

Palpation. — Le palper de l'abdomen permettra d'obtenir chez les ptosés un bruit de clapotage très net. Evidemment il faudra se garder d'une exagération coupable et ne pas déclarer fatalement ptosique tout individu présentant du clapotage gastrique. Nous savons, en effet, que le clapotage peut se rencontrer normalement chez des individus sains dans les deux premières heures qui suivent le repas Dans ces conditions le bruit de clapotage ne s'observe jamais au-dessous de l'ombilic.

Dans la gastroptose, il se produit trois heures et plus après le repas et descend au-dessous de l'ombilic.

Le bruit de succussion obtenu en prenant le tronc à pleines mains et en lui imprimant de brusques secousses horizontales confirmera la valeur du bruit de clapotage qui est un signe net de l'atonie des parois gastriques.

Notons que parfois la simple palpation peut être très douloureuse par suite d'hypéresthésie permanente du plexus solaire.

Percussion. — La percussion montre l'abaissement de la grande courbure de l'estomac, mais cet abaissement ne suffit pas. Nous avons dit au début de notre étude que pour qu'il y ait ptose il fallait en même temps un abaissement du dome supérieur de l'estomac. Or, l'abaissement de ce dernier est à peu près impossible à déceler. Aussi devra-t-on dans ces conditions utiliser des moyens autres, tels que l'insufflation de l'estomac et la phonendoscopie.

L'*insufflation* est faite directement ou indirectement à l'aide de poudres effervescentes.

L'insufflation directe se pratique avec une sonde œsophagienne ou une sonde de petit calibre. On l'introduit jusque dans l'estomac. On met le patient dans le décubitus dorsal, l'abdomen découvert jusqu'au pubis et on souffle, soit directement avec la bouche, soit (pour jauger la quantité d'air) avec la double poire d'un pulvérisateur, préalablement jaugé.

On insuffle sans secousses, doucement et aussi vite que possible. En suivant le développement progessif de la région gastrique on surveille le visage du malade.

D'après Bourget la distension gastrique est maximum quand le malade se plaint d'une tension épigastrique pénible avec légère contraction des traits du visage. Soupault soutient que la douleur est très variable chez les dyspeptiques et recommande de ne pas distendre assez fortement pour voir le viscère se dessiner à la simple inspection. Dès que le son tympanique est assez nettement perceptible à la percussion il faut s'arrêter. Certains estomacs dilatés et atones admettent jusqu'à 5 litres d'air.

L'insufflation indirecte est basee sur la production de l'acide carbonique par un mélange d'acide tartrique et de bicarbonate de soude, 2 à 3 grammes de chaque dans

un quart de verre d'eau. On peut aller jusqu'à 6 et 7 grammes, mais ce n'est pas là un moyen anodin. L'acide carbonique ainsi dégagé est un excitant de la muqueuse gastrique et Behrend a rapporté 3 cas de mort. Léo de Bonn a eu un décès et Bardachzi, Fritz Nieden, Conheim et Gerhardt ont aussi attiré l'attention sur le danger de ces insufflations pouvant amener la rupture des parois de l'estomac ou de ses vaisseaux.

Néanmoins l'insufflation permet d'apprécier la tonicité des parois gastriques; elle intervient aussi pour le diagnostic des estomacs biloculaires. A l'état normal on voit ne se dessiner sur la paroi abdominale que la grande courbure. L'estomac insufflé soulève le creux épigastrique et la petite courbure est cachée sous la masse du foie. Dans la gastroptose le creux épigastrique est vide, l'estomac abaissé ne le soulève plus et la petite courbure vient dessiner sa courbe plus ou moins haut, à un niveau variable, sur toute la hauteur de la ligne qui va de l'appendice xyphoïde jusqu'au pubis (Mathieu).

Connaissant la limite inférieure et la limite supérieure nous mesurerons l'espace compris entre ces deux limites et si le chiffre ainsi obtenu est supérieur à 7 1/2 il y aura dilatation.

Signes du retard d'évacuation. — Le canal pyloro-duodénal étant coudé, les aliments se trouvant dans le basfond de l'antre pylorique, éprouveront de grandes difficultés à passer dans le duodénum, et par suite il y aura simple retard de l'évacuation du chyme jusqu'à la rétention pendant de longues heures après le repas et même la stase à jeun.

Ce retard d'évacuation sera décelé soit par le tubage en série (Leube), cathéterisme pratiqué toutes les heures jus-

qu'à ce que l'estomac soit totalement vidé ou bien par le cathéterisme fait à jeun douze heures après toute alimentation.

A côté de cette méthode, nous avons celle de Carnot qui comprend deux épreuves. La première se pratique le matin à jeun, l'estomac est débarrassé de son contenu par la sonde, on fait ingérer au patient demi-litre d'eau. On le laisse pendant une heure en position verticale, debout ou assis. Au bout de ce laps de temps on retire le résidu au moyen de la sonde et si l'estomac est normal on ne ramène rien. Si l'estomac est ptosé ou dilaté, il reste une quantité de liquide accumulée dans le bas-fond et au bout d'une heure la sonde ramène encore de l'eau. Dans ces conditions, le lendemain on fait la seconde épreuve. C'est absolument la même opération, mais on fait coucher le sujet en position horizontale, le bassin relevé et le corps incliné fortement du côté droit, le pylore devient déclive et s'il est perméable, le bas-fond gastrique se vide de son contenu. Après une heure de position couchée, la sonde ne ramène plus rien, donc ectasie ou ptose.

Signe de Glenard ou signe de la sangle, consiste dans l'amélioration produite par l'usage d'une ceinture bien appliquée et suffisamment serrée.

Amélioration des signes dans la position horizontale. — Tous les signes passés précédemment en revue ont tendance à s'accentuer à la fin de la journée et disparaissent au contraire après le repos de la nuit.

Douleur signal. — Chez tous les malades dont l'estomac est allongé, dilaté ou ptosé, on peut provoquer une douleur vive en exerçant une pression au niveau de la ligne médiane entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. S'il

est vrai que cette douleur existe chez tous les dyspeptiques, elle est supprimée complètement ou diminuée considérablement par le relèvement des régions déclives de l'estomac, si minime que soit ce relèvement. Dès que la main cesse de relever l'estomac, le viscère retombe, la douleur reparaît et le malade a l'impression que le contenu de son abdomen s'abaisse. Ce procédé de la douleur signal cesse d'être applicable lorsque le fond de l'estomac disparaît, derrière le pubis. Dans ces conditions il suffit de coucher le malade pour diminuer la douleur épigastrique.

Pour la recherche de la douleur signal, le médecin se place derrière le malade en position debout, de la main droite il cherche à localiser le point le plus douloureux à la pression, dans la région indiquée plus haut, puis, avec le bord cubital de la main gauche placée perpendiculairement à la paroi, il explore l'abdomen de bas en haut successivement à gauche de la ligne médiane sur la ligne médiane et enfin à droite de la ligne médiane. Au cours de ces manœuvres, la main gauche qui déprime l'abdomen parvient à rencontrer la limite inférieure de l'estomac. Ce contact détermine un soulèvement léger de l'estomac immédiatement suivi de la diminution ou de la disparition de la sensibilité épigastrique dont le malade est prié d'accuser les variations pendant ces recherches.

Duodénoptose.

Il n'est guère possible de tracer un tableau clinique de la ptose duodénale. Les troubles observés s'y prêtent très mal, ils sont essentiellement capricieux et caractérisés tantôt par des crampes d'estomac, tantôt de la constipation

ou des vomissements alimentaires, tantôt une intolérance absolue avec crises douloureuses intenses. Ces malades sont parfois considérés alors comme des appendiculaires (Leven et Barret), comme des gastriques, mais surtout comme des névropathes ou des nerveux. Un malade de Leriche avait été considéré comme atteint de tabès fruste. Seul l'examen radioscopique est capable de faire un diagnostic et il faudra toujours se rappeler qu'en face d'un neurasthénique on doit toujours penser à une ptose viscérale possible.

Entéroptose.

Signes physiques. — Inspection. — Laparoptose et tous les signes de ventre en bissac, en gourde, etc., parfois réseau veineux sous-cutané marqué. D'autres fois, ventre en bateau.

Palpation. — Par le procédé par glissement on déprime, à l'aide du bord radial ou cubital de la main, ou encore des extrémités juxtaposées des doigts, la paroi abdominale antérieure jusqu'à sa rencontre avec le plan osseux sous-jacent. Puis en glissant sur le plan osseux les doigts franchissent le segment intestinal qu'on désire explorer. On reconnaît ainsi la corde colique transverse, aplatie, dont la direction transversale croise l'aorte. Mobile de haut en bas, plus son abaissement est facile, plus le pronostic est grave.

Par le même procédé on retrouve le boudin cœcal déjeté en dedans et le cordon sigmoïdal.

Si l'intestin grêle est ptosé on constate une différence de tension abdominale très marquée au niveau de la ré-

gion sous-ombilicale, suivant que le sujet est couché ou debout. Couché, l'hypogastre garde sa tonicité normale. Debout, la partie sous-ombilicale se gonfle, devient dure. On perçoit les battements de l'aorte. L'intestin a-t-on pu dire, est « tombé en dedans ».

La gastroptose est de règle ainsi que la néphrotose. L'hépatoptose a été rencontrée par Mathieu, la ptose génitale est aussi des plus fréquentes.

Signes fonctionnels. — La plupart des malades présentent les mêmes signes fonctionnels prcédemment décrits de dyspepsie gastro-intestinale, douleurs épigastriques, troubles circulatoires (aortite abdominale, hypertension de la pédieuse), palpitations, battements aortiques, sensation de plénitude, de creux de pesanteur, de fringale, etc. Glénard a décrit quatre types.

Le type chomélien et le type neurasthénique en rapport avec l'atonie gastrique, le type vaporeux et le type mésogastrique en rapport avec les variations de la pression abdominale, et sous la dépendance de la ptose elle-même.

En somme, il y a trois formes cliniques, la forme névropathique, où dominent les phénomènes angiospasmodiques et psychiques, la forme douloureuse, la forme cachectique.

Chez beaucoup de malades, femmes en particulier, les ptoses très accusées, véritables éviscérations, ne provoquent aucun trouble réactionnel, fonctionnel ou nerveux. Chez l'homme, au contraire, la concordance est plus constante entre le degré anatomique des ptoses et l'intensité de la dyspepsie gastro-intestinale.

Radioscopie des ptoses gastro-intestinales

Parmi les moyens susceptibles de faire porter le diagnostic de ptose viscérale, aucun n'a la valeur de la radioscopie. Il n'en est pas de plus précis et de plus précieux. Il permet de voir d'emblée la ptose gastrique duodénale ou entérique.

Il ressort des diverses discussions à la Société de Radiologie et à la Société médicale des Hôpitaux que la radioscopie doit être préférée à la radiographie. L'examen radioscopique peut en outre ainsi que le fait Enuquez être suivi du calque des images observées. La radiographie, si elle donne plus de détails donne moins d'exactitude dans les dimensions de l'organe.

L'examen radioscopique avec orthodiagraphie est basé sur l'obligation de n'utiliser dans le faisceau de rayons émis par l'ampoule que le rayon qui est perpendiculaire à l'écran.

L'instrumentation nécessaire n'aura donc rien de spécial si ce n'est une ampoule mobilisable en tous sens et un diaphragme iris qui, ouvert, donnera la vue d'ensemble ordinaire, et ferme le rayon nécessaire pour obtenir notre image exacte.

L'examen sera pratiqué pendant et après l'ingestion par le malade de préparations bismuthées.

On emploiera de préférence le carbonate de bismuth et on formulera :

30 gr. de carbonate de bismuth.
200 gr. de lait.
50 centimètres cubes de gomme à saturation.

Enriquez et Raulot Lapointe font ingérer au sujet en deux ou trois fois la veille de l'examen de 60 à 100 gr. de carbonate de bismuth. Raulot Lapointe emploie un carbonate de bismuth pur (fleur de bismuth de Desleaux) dont la divisibilité microscopique lui permet de rester en suspension homogène pendant plus d'une heure, temps plus que suffisant pour un examen radioscopique complet.

Gastroptose

La radioscopie dans la position couchée donne des renseignements moins complets que dans la position debout.

Suffit-il de trouver l'estomac très abaissé pour porter le diagnostic de ptose ?

Dans ces conditions, la ptose comme nous l'avons vu, serait très fréquente ; le bas-fond de l'estomac arrive souvent au détroit supérieur. Mais si nous réservons le nom de ptose au cas où l'estomac n'a plus sa grosse tubérosité en rapport avec le diaphragme, la ptose devient une rareté (3 fois en 10 ans Leven et Barret.) D'autres soutiennent qu'il y a ptose quand le bas-fond de l'estomac ne se relève que peu ou pas dans la position couchée ou par les mouvements de pression de la paroi abdominale. Coloneci a montré le peu de valeur de ce procédé.

La radioscopie montre qu'il y a ptose totale avec chute à la fois du cardia et du pylore quand la grosse tubérosité est détachée du diaphragme c'est-à-dire quand dans le décubitus latéral droit « la grosse tubérosité de l'estomac est séparée de la coupole diaphragmatique par une zone intermédiaire blanche. » Cette ptose totale est, il faut le dire, exceptionnelle.

Mais la radioscopie peut ne peut pas suffire pour affirmer, lorsque le pylore et le bas-fond sont très bas situés, qu'il existe une ptose partielle avec dilatation, s'il y a discordance entre les renseignements fournis par les manœuvres et les positions diverses données au sujet.

Leven et Barret estiment d'ailleurs que l'accroissement des dimensions que l'allongement de l'estomac vu à l'écran ne suffisent pas pour caractériser la dilatation et ils font ce diagnostic d'après l'étude du remplissage. Le liquide bismuthé s'accumule au fond, celui-ci se distend passivement et la limite inférieure s'abaisse plus ou moins en même temps que dans la région moyenne, vide de gaz et de liquide, les parois s'accolent simulant une fausse biloculation.

Duodénoptose

Il faut pour voir le duodénum en entier relever l'estomac par la manœuvre de Chilaïditi ; après quelques expirations profondes on dit au malade d'expirer à fond ; puis en empêchant l'accès de l'air dans les poumons (fermeture de la bouche et du nez avec la main) on lui fait faire un mouvement prononcé d'inspiration purement thoracique en veillant à ce qu'il laisse dans le relâchement complet ses parois abdominales. On peut ainsi obtenir (Chilaïditi) une ascension de l'estomac de 10 à 15 cent. Le duodénum rempli de bismuth peut alors être visible sur tout son parcours.

Normalement la première portion légèrement oblique en haut en arrière et à droite va du pylore à l'angle sous-hépatique, la deuxième descend le long du bord droit du rachis jusqu'à la partie inférieure de la tête du pancréas et de 7 à 9 cent., la troisième, horizontale passe au devant

du corps de la quatrième lombaire, la quatrième, obliquement ascendante en haut et à gauche aboutit à l'angle duodéno-jéjunal et est fixée vers la deuxième lombaire.

Dans le cas de ptose gastrique le duodénum est entraîné, sauf son angle duodéno-hépatique qui, en général fixe, ne dépasse pas la ligne ombilicale.

La ptose peut être partielle, la première portion seule s'allonge.

La ptose est totale, il y a alors ptose de l'angle duodéno-hépatique, et il y a aussi ptose de la partie moyenne.

L'angle sous-hépatique peut se trouver abaissé d'une quinzaine de centimètres. Enfin dans la duodénoptose totale ce qui frappe, c'est la mobilité et Chilaïditi a vu se produire sur l'iléon non seulement une descente mais encore une ascension du duodénum pouvant atteindre 7 cent.

Le pancréas peut enfin suivre la ptose duodénale.

ENTÉROPTOSE

La radioscopie permet en étudiant le parcours du repas bismuthé dans l'intestin de se rendre compte des ptoses de ce dernier. Il faut 4 heures et demie au repas pour s'accumuler dans le cœcum et là il cesse de se segmenter.

Deux heures sont nécessaires pour remonter le colon. Deux heures et demie pour parcourir le colon transverse et neuf heures pour arriver au rectum.

On peut à la rigueur remplacer le repas bismuthé par le lavement bismuthé préconisé par Tuffier et Aubourg. Ce lavement arrive au cœcum en une minute.

L'examen à l'écran impose notamment le diagnostic dans les grands déplacements du cœcum avec typhlectasie

importante en montrant très nettement les déplacements et la dilatation de l'anse cœco-colique. Ce diagnostic est souvent à faire avec l'appendicite.

Enfin la radioscopie peut encore renseigner sur un fait très important au point de vue diagnostic, pronostic et thérapeutique: à savoir si les ptoses sont libres ou fixées par adhérences.

Thérapeutique

Le traitement des ptoses viscérales peut être divisé en trois grandes classes :

1° Un traitement purement médical visant l'état général et essayant de combattre les symptômes fonctionnels, voire même quelques symptômes physiques ;

2° Un traitement chirurgical qui essaie de remédier à la ptose viscérale elle-même ;

3° Enfin et surtout un traitement orthopédique.

Traitement médical

Ce dernier ne s'applique pas d'une façon différente à la ptose de tel ou tel viscère, c'est en quelque sorte un traitement gnéral de toutes les ptoses. Mais ici, nous ne nous occupons exclusivement que des ptoses digestives. Nous avons vu, dans les chapitres précédents, que ce qui importait le plus au cours de celles-ci, c'était de parer immédiatement à l'insuffisance du rythme évacuateur de l'estomac ou de l'intestin, et en particulier de l'estomac et du duodénum. Pour ce faire, plusieurs moyens seront à notre disposition.

a) *Le repos au lit.* — Par le seul fait de tenir les sujets dans le décubitus horizontal, on peut obtenir des résultats fort appréciables, mais uniquement, il faut bien le dire, dans les cas de ptose légère, et les améliorations ainsi réalisées ont pu faire dire fort justement à Carnot : « Comme on fait son lit on digère ». Dans le décubitus l'estomac et le duodénum subissent beaucoup moins l'effet de la pesanteur, et ces organes occupent toujours dans ces conditions une position moins éloignée de la normale que dans la station debout.

Par contre il est des patients qui supportent mal la position horizontale complète. Ces derniers se trouvent beaucoup mieux de la chaise longue qui les maintient en position allongée. De cette façon on évite déjà la tension verticale subie par l'estomac sous le poids des aliments, surtout si on prend soin de relever le bassin.

Mais on ne peut guère condamner tous les ptosiques à passer leur vie en position allongée ou en position couchée. Aussi ne leur conseillera-t-on cette situation qu'au moment des périodes digestives, lorsque leur tube digestif vient de recevoir la surcharge alimentaire.

Néanmoins ce traitement seul par le repos au lit sera impuissant à assurer le retour du tube digestif à ses fonctions normales. Il pourra simplement jouer le rôle de thérapeutique palliative, les viscères ne seront plus tiraillés, les troubles réflexes dus à la ptose pourront même de cette manière disparaître.

b) *Le régime alimentaire* devra être très soigneusement établi, il y a tout d'abord une première indication nette ; nous avons vu que les aliments influaient plus par leur quantité que par leur qualité. Il faudra donc prescrire des repas peu copieux. On suppléera à l'abondance par la

répétition plus fréquente des prises alimentaires. Les prises alimentaires à heure fixe, répétées quatre fois par jour rempliront ces desiderata.

De plus,les repas seront légers et composés d'aliments à évacuation pylorique rapide ; c'est assez dire que la base devra en être constituée par les laitages, les purées, les œufs.

Par contre le repas du soir pourra être, au contraire des conventions habituelles, plus copieux que les autres, parce que le malade devra se coucher immédiatement après.

La réglementation des boissons a une grande importance, et sans aller jusqu'à instituer le régime sec préconisé par Bouchard, on se contentera de limiter la quantité des liquides ingérés à un verre ou deux par repas Par contre on pourra permettre au malade de boire entre les repas.

c) *Traitement médicamenteux.* — Les ptosiques sont des atones, il faudra par suite s'efforcer d'exciter la sécrétion et la motricité digestive chez eux Pour cela on aura le choix entre la préparation d'ipéca et de strychnine, voire même d'ergotine.

Les poudres alcalines combinées : bicarbonate de soude, benzoate de soude, phosphate de soude, données dans les proportions respectives de 4 gr., 2 gr. et 1 gramme par jour à prendre en deux fois pourront procurer quelques améliorations.

Le même résultat sera obtenu avec un mélange de préparations acides et alcalines. La sécrétion gastrique étant notoirement insuffisante on se trouvera bien de la formule ci-après :

Pepsine extractive.	0.30
Acide chlorhydrique officinal. . .	XV g.
Sirop d'écorce.	60

La moitié à chaque repas additionné dans un demi-verre d'eau.

Enfin les préparations opothérapiques pourront être d'un excellent secours, nous citerons la dyspeptine, la gasterine, le suc gastrique de chien, etc.

En même temps que l'estomac, l'intestin devra attirer toute l'attention du médecin. Les poudres alcalines précitées joueront également un rôle de cholagogue. La liberté du ventre devra être maintenue.

Le traitement hydrominéral sera parfois alors indiqué, et la plupart de ces malades se trouveront bien d'une saison à Vichy.

Traitement chirurical

Les indications principales des ptoses gastro-intestinales, en général, consistent, d'après Coffey, à raccourcir les soutiens normaux des organes ptosés, à faire une sorte de hamac pour soutenir l'estomac tout en relevant le colon transverse et, pour cela, à fixer largement et dans toute son étendue l'insertion du grand épiploon à la paroi abdominale antérieure suivant une ligne transversale. Il préconise d'élargir l'étage supérieur de l'abdomen en incisant la gaîne des droits de chaque côté et en suturant sur la ligne médiane. Enfin et comme conséquence, il rétrécit l'étage inférieur de l'abdomen trop large d'après lui en faisant une incision sur le grand oblique et en doublant cette aponévrose par des sutures. Sur 41 cas il aurait eu ainsi 26 guérisons.

Schlesinger traite la gastroptose par la résection cunéiforme de l'estomac. Le résultat serait excellent et tous les troubles gastriques disparaîtraient.

Pour Ransohoff, les ptoses gastro-intestinàles sont justiciables toujours d'un traitement chirurgical et il pense que Glénard, admettant toujours pour ces ptoses une cause d'ordre général en dehors du domaine chirurgical, a été un obstacle au progrès de leur traitement. Il faut opérer les ptoses et les stases gastro-intestinales, dit-il, dès qu'elles s'accompagnent de troubles fonctionnels. L'opération de Lane ou iléo-sigmoïdostomie, dans 36 cas, lui a donné des résultats fort appréciables. Mais il semble, d'après lui, qu'il n'est pas nécessaire d'employer toujours une opération aussi délicate. La simple colopexie solidarisant l'angle du colon avec la paroi est plus que suffisante. Cette fixation du colon et de son méso a l'avantage d'être très bénigne et de fournir un bon appui à l'estomac dont la ptose coexiste souvent avec celle de l'intestin.

Malgré tous ces bons résultats, il semble que l'intervention chirurgicale ne soit pas toujours le traitement de choix dans les ptoses digestives, et si on admet malgré l'opinion de Ransohoff la théorie de Glénard, à savoir que la plupart des ptoses sont fonction d'une dystrophie générale, on conçoit mal comment une intervention chirurgicale quelle qu'elle soit peut avoir des chances de succès.

Traitement orthopédique

Gymnastique. -- Cette dernière peut contribuer à la réfection de la musculature. Matin et soir on prescrira des flexions et des redressements du tronc soit assis, soit debout, puis des mouvements de torsion à droite et à

gauche. Enfin on fera des tractions du ventre en expiration.

Les séances seront graduellement augmentées et devront être continuées fort longtemps.

On y adjoindra quelquefois avec succès le massage de la paroi abdominale et l'électricité qui, avec les courants continus, pourra lutter contre l'atonie et calmer les douleurs par action sur le plexus polaire.

Sangles et ceintures. — Nous arrivons maintenant à la vraie thérapeutique des ptoses. La majorité des sangles employées dérivent de celles de Glénard.

Sangle de Glénard. — C'est une sangle droite, à bords parallèles, ayant environ 12 centimètres de large, dont le tissu est peu élastique et qui est munie d'agrafes appropriées. Placée au-dessus du pubis, elle prend appui sur les épines iliaques et est maintenue par des sous-cuisses.

Lorsque la ptose est complète, le ventre énorme, cette sangle suffit.

Il n'en est pas de même en face d'un ventre excavé. Dans ces conditions, Enriquez a constaté à l'examen radioscopique, que les moyens de contention ordinaire n'agissaient pas sur l'estomac et, loin de le relever, l'abaissaient. Donc, chez les ptosés a ventre creux, la sangle paraissait inutile.

Pour qu'une sangle soit efficace, il faut :

En cas de gastroptose rendre immédiatement à l'organe ptosé sa situation normale et s'opposer ainsi à la stagnation alimentaire.

Rendre à l'estomac sa forme normale, supprimant ainsi l'étranglement, l'amincissement de la portion tubulaire, le crochet de la petite courbure.

Supprimer la coudure pyloro-duodénale.

On se trouvera bien donc, dans ces conditions, en dehors des appareils d'Enriquez et de Charnaux, d'une pelote conique assez résistante, ayant environ 6 centimètres de haut, maintenue par une ceinture ou un appareil tel que ceux précités et appliqués sur l'abdomen. Tous les appareils fixes sont plus ou moins imparfaits, car l'estomac subit des déplacements transversaux considérables, déterminés par la réplétion gazeuse variable du colon descendant.

Il faut donc que le malade puisse varier lui-même les applications de la pelote qui ne sera utile que si le sommet du cône correspond exactement à la limite inférieure de l'estomac. Et le malade apprendra l'emploi de ce dernier par le procédé de la douleur signal.

Pour les entéroptoses on a préconisé en dehors de la sangle Glénard, surtout insuffisante dans les ventres en bateau, des sangles munies de pelotes, il y en a deux types :

a) La sangle à pelote unique médiane rectangulaire ou en croissant, les cornes du croissant étant dirigées en haut et latéralement.

b) La sangle à deux pelotes latérales, ovales, dont l'action portant au niveau de la région la plus faiblement musclée de la paroi abdominale correspondant aux cavités formées par le squelette et dont le contenu est particulièrement mobile et tolérant, nous paraît d'autant plus rationnelle que tout en redressant les organes ptosés elle atténue ou supprime même la compression de la région médiane, partie retrécie par la saillie de la colonne vertébrale, à paroi plus résistante, et contenant des organes dont les variations de volumes doivent pouvoir s'effectuer librement et sans gêne aucune.

CONCLUSIONS

En somme les ptoses viscérales sont très fréquentes et donnent souvent lieu à une symptomatologie fort variable.

Pour les dépister les examens radioscopiques sont de la plus haute importance. Ils permettent encore de faire un pronostic en révélant si la ptose est mobile ou fixée.

La thérapeutique médicale proprement dite est purement palliative.

La thérapeutique chirurgicale peut donner de bons résultats.

Mais il semble que la thérapeutique orthopédique soit la méthode de choix.

La sangle à pelote conique mobile est le traitement de choix des gastroptoses.

La sangle Glénard sera employée avec succès surtout chez les grands ptosiques à ventre volumineux.

La sangle à pelote médiane nous paraît surtout indiquée dans les ptoses accompagnées d'éventration.

La sangle à deux pelotes latérales semble particulièrement indiquée dans les entéroptoses en général et surtout chez les sujets à ventre normal ou en bateau.

ANTH

BAYO

BECL

BOUC

BOUR

BOUV

CADE.

CARN

CASTA

—

CUNE

CHAIL

CHAPO

CHARN

CRUVE

COFFE

DESTE

BIBLIOGRAPHIE

Anthoine. — Inspection de l'abdomen. Th. Paris, 1905.

Bayon. — L'exploration de l'intestin. Soc. de Méd. de Paris, 7 avril 1911.

Beclere. — Les rayons de Rœntgen et le diagnostic des maladies internes. Paris, 1904.

Bouchard. — Pathologie générale.

Bourget. — Les maladies de l'estomac et leur traitement. 2e éd. Paris, 1912.

Bouveret. — Traité des maladies de l'estomac. Paris, 1893.

Cade. — Précis des maladies de l'estomac et de l'intestin.

Carnot. — Presse médicale, 28 oct. 1908.

Castaigne. — Les maladies du tube digestif.

— — Cancer de l'angle gauche du colon. La Clinique, 24 mai 1912.

Cune et Delaforge. — La radioscopie cliniqne de l'estomac,

Chaillou et Mac Auliff. — L'épreuve de la sangle. La Clinique, 6 nov. 1908.

Chapotot. — L'estomac et le corset. Th. Lyon, 1892.

Charnaux. — Gazette des Hôpitaux, 16 juin 1908.

Cruveilhier. — Traité d'anatomie pathologique, 1852, t. II.

Coffey. — Traitement de la stase gastro-intestinale. Surgery Gynecology and Obstetrical, tome XV. oct. 1912.

Desteines. — Un cas de dilatation d'estomac et de ptose du

duodénum. Bull. et Mém. de la Soc. de Rad. de Paris, 10 janvier 1911.

Durand et Raulot Lapointe. — Soc. Méd. des Hôp. Paris, 13 janvier 1911.

Enriquez. — Presse Médicale, 11 janvier 1908.

— Traité de médecine Enriquez, Laffitte, Berger et Lamy.

Gayet. — In Rougeux. Th. de Lyon, 10 janvier 1910.

Glenaid. — Les ptoses viscérales, 1899.

— De la sangle pelvienne contre l'entéro-ptose. Paris, 1905.

— Du traitement de l'entéro-ptose sangle pelvienne. Lyon Médical, juillet 1887.

Guillon. — L'exploration radiologique de l'estomac particulièrement chez l'homme sain étudié au point de vue anatomique et physiologique. Th. Paris, 1907.

Hartmann. — Bulletin Société de Chirurgie. Paris, 1899.

Hayem. — Bulletin de l'Académie de Médecine. Paris, 1897.

— Traité de médecine, Brouardel et Gilbert.

Holzknecrt. — Dueüsch med. Wochenschift, 1900, n° 36.

— Die normale Magen nach Jorm. Lage und Groesse. Mith. eil. ungen aus dem Laboratium, f. und Diag. und Therapis, t. I. Iena, 1906.

Jamyot de la Haye. — Th. Paris, 1910-1911, n° 359.

Kammrer. — Annals of Surgery, 1901.

Luche. — Lyon Médical, 7 juillet 1912.

Leven. — La Clinique, 6 janvier 1911.

— Dilatation et ptose de l'estomac. Journal Scienc., juillet 1912.

Leven et Barret. — Radioscopie gastrique et maladies de l'estomac, 1909.

Legendre. — Th. Paris, 1886.

Mathieu. — Toutes les maladies de l'abdomen et de l'intestin. Paris, 1900.

Mailineau. — Essais cliniques de radioscopie gastrique. Th. Paris, 1908.

Ransohoff. — Le traitement opératoire des gastro-entéroptoses. The Boston Medical and Surgical Journal, 12 sept. 1912.

Robin. — Maladies de l'estomac. Paris, 1904.

Rongeux. — La dislocation verticale de l'estomac. Th. de Lyon, 1910.

Roux. — Le manuel du tube digestif (Debove, Achard, Castaigne).

Roux et Balthazard. — Sur l'emploi des rayons de Rœntgen pour l'étude de la motricité stomacale, Soc. de Biologie, 12 juin 1897.

— Etude des contractions motrices de l'estomac chez l'homme à l'aide des rayons de Rœntgen. Soc. de Biologie., 24 juillet 1897

— Etude du fonctionnement moteur de l'estomac à l'aide des rayons X. Archives de physiol. normale et pathol.. 1898.

Rovsing. — Congrès international de chirurgie. Bruxelles,

Saule. — Les ptoses du duodénum. Th. Lyon, 1911-1912.

Ser et Mathieu. — De la dilatation atonique de l'estomac. Revue de Médecine, 10 mai, 10 sept. 1884.

Sigaud. — Traité clinique de la digestion et du régime alimentaire. T. I et II, 1900-1903.

Souganet. — Traité des maladies de l'estomac. Paris, 1906.
— Les dilatations de l'estomac. Paris, 1905.

Tesster et Hautmann. — Chirurgie de l'estomac. Paris, Stheinhel, 1899.

Trastour. — Les déséquilibres du ventre. Paris, 1892.

Vauthrin. — Congrès de Chirurgie, 1901.
— Revue Médicale de l'Est, 1902.

Wooden (Von). — Thérapeutique de la gastroptose die Therapie der Gezemwait Journ., 1910.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 18 juillet 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 juillet 1913.
Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !